

Année 1924

N°

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

LOUKITCH DOUCHITZA

née à Krnjevo, le 4 novembre 1895 (Serbie)

Dysménorrhée Intermenstruelle

Président de Thèse : Professeur GILBERT

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, RUE DE VALOIS, 7
1924

I. — PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale	J.-L. FAURE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ.
Clinique propédeutique	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ Henri . . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LE MAÎTRE	Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LEMIERRE	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
BRANCA	Histologie.	LEHY-SOLAL . . .	Pathologie mentale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma-	LIAN	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	tière médicale.	MATHIEU	Obstétrique.
CHAMPY	Pathologie chirurgicale.	METZGER	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Histologie.	MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ	Pathologie médicale.	MOURE	Histologie.
I. DE JONG	Hygiène.	MULON	Bactériologie.
DUVOIR	Anatomie pathologique.	PHILIBERT	Pathologie médicale.
ECALLE	Médecine légale.	RIBIERRE	Physiologie.
FISSINGER	Obstétrique.	RICHER Fils . . .	Anatomie.
FOIX	Pathologie médicale.	ROUVIÈRE	Physique médicale.
GARNIER	Pathologie médicale.	STROHL	Pathologie médicale.
HARVIER	Pathol. expérimentale.	TANON	Pharmacologie et ma-
HEITZ-BOYER	Pathologie médicale.	TIFFENEAU	tière médicale.
HOVELACQUE	Urologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
JOYEUX	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
	Parasitologie.	VILLARET	Pathologie médicale.
		WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologique.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.		
LAIGNEL-		PROUST	Clinique chirurgicale.
LEVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN	Cliniq. ophtalmologique.
LÉPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N...	Education physique.
LEDoux-BERNARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERVICES ET STAGES HOSPITALIERS

Service de M. le Professeur GILBERT, Octobre 1916, Avril 1917.

Service de M. le Professeur LEJARS (Villemin-Saint-Antoine), Avril-Octobre 1917.

Service de M. le Docteur PROUST, Octobre 1919.

EXTERNAT

Hôpital Tenon. Service de M. le Docteur PROUST.

Hôpital Bichat. Service de M. le Docteur BRÜHL.

Hôpital de la Charité. Service de M. le Docteur DEVRAIGNE.

Hôpital de la Charité. Service de M. le Docteur LEGRY.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. le Docteur LEREBoullet.

Hôpital Tenon. Consultation de M. le Docteur LIAN.

Hôpital Tenon. Consultation de M. le Docteur GUY-LAROCHE.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. le Professeur JEANSELME.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon président de thèse
Monsieur le Professeur GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Expression de respectueuse
gratitude.*

A MON MAÎTRE
MONSIEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse.*

*Témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES
*De la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris*

HISTORIQUE

L'étude de la dysménorrhée intermenstruelle est de date récente. Elle a été entrevue par un grand nombre d'auteurs; et on a apporté pour l'expliquer des interprétations plus ou moins hypothétiques.

C'est Lisfranc qui s'occupe le premier de cette question (1836). Puis Brierre de Boismont (1842) qui cite des cas de règles surnuméraires apparaissant vers le milieu de l'espace intermenstruel.

En 1856, Négrier, Dubois et Pajot donnent une description plus complète de cet état pathologique.

A partir de Tilt (1862), les auteurs ne se contentent plus de signaler des cas, ils cherchent à les expliquer.

En 1866, Courty les décrit avec beaucoup de soin.

Après Courty, Priestley, en 1871, et Robert Barnes, en 1876, invoquent une dysménorrhée ovarienne.

Dans la *Gazette Médicale de Picardie* (1886), Sorel publie une observation très détaillée.

La Société Obstétricale d'Edimbourg, en 1896, s'occupe de cette question.

En 1897, Bouilly publie, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, une étude fort complète.

La même année paraît le *Traité de Kinésithé-*

rapie Gynécologique de H. Stapfer, où sont décrits les trois types de molimens intercalaires.

A la suite d'une observation présentée par Addin-sel, la Société Obstétricale de Londres, en 1898, cherche à fixer la pathogénie.

C'est en s'inspirant des travaux et des idées de Campenot, que Fassina en fait le sujet de sa thèse de doctorat en 1899.

Quelques mois plus tard, au Congrès d'Amsterdam, Brodier fait une communication sur ce sujet.

Dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1900, Paul Rudaux publie une étude sur les règles de quinzaine.

En 1902 paraît le travail du docteur Jourdain (Thèse de Lyon), sous le nom de congestion fruste intermenstruelle.

Enfin, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie* (1912), M. Dalché publie sa leçon clinique sur la Dysménorrhée intermenstruelle, qui relate des faits très intéressants.

SYMPTOMES

Chez certaines femmes, réglées à date fixe, il se produit périodiquement, vers le milieu de chaque espace intermenstruel, des crises manifestées : par une douleur, plus ou moins vive, siégeant dans la région ovarienne ou hypogastrique, et par un écoulement blanc muqueux, parfois strié de sang, ou même hémorragique.

La crise intermenstruelle peut se présenter sous des aspects différents, mais deux éléments de cette crise, douleur et écoulement, coexistent dans le plus grand nombre de cas.

Dans un cas, la douleur seule domine l'accès, il n'y a pas d'écoulement ni leucorrhéique, ni hémorragique. Cette forme est décrite sous le nom de congestion fruste intermenstruelle (Jourdain). Les phénomènes congestifs douloureux surviennent à période fixe, douze à quinze jours après le début des dernières règles. La crise se prépare par des troubles dyspeptiques, de nausées, d'excitation, et puis brusquement la femme éprouve la sensation de déclenchement au niveau des fosses iliaques, comme un « poids qui tombe », avec sensations très aiguës. Peu à peu tout le pelvis est le siège de douleurs atroces. Mais quelle que soit l'acuité de la douleur, jamais elle n'est accompagnée d'hémorragie ou de leucorrhée.

La douleur est très variable dans sa durée. Tantôt elle disparaît au bout de quelques heures, tantôt elle dure deux ou trois jours. Rarement elle persiste jusqu'aux règles suivantes. En général, la douleur est unilatérale et alterne.

Dans d'autres cas, la crise se manifeste par la douleur et l'écoulement leucorrhéique. Tout d'un coup la femme est prise, sans raison appréciable, de pertes blanches, épaisses, glaireuses, légèrement striées de sang. Si elles existaient auparavant, elles deviennent exagérées. Cet écoulement peut durer quelques heures ou se prolonger pen-

dant trois ou quatre jours et même une semaine et va disparaissant entièrement.

« La perte de sang, quand elle existe, durerait à peine quelques heures, mais l'état de crise peut durer quelques jours, ou se prolonger jusqu'au retour de la nouvelle époque. La douleur et l'écoulement peuvent coexister ou être isolés; la douleur est, en général, unilatérale et alterne, tantôt à droite, tantôt à gauche, intermittente, elle irradie dans les aines; enfin la crise est apyrétique. »

Chez certaines femmes, la crise sécrétoire peut affecter une forme plus rare. Il se produit, toujours en coïncidence avec la douleur, un écoulement hydorrhéique abondant, sous forme d'une véritable inondation, ou bien d'un suintement continu. Ordinairement, l'hydorrhée intermenstruelle dure deux ou trois jours, quelquefois elle se prolonge jusqu'au règles suivantes. Le repos est sans influence sur l'écoulement.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer l'origine de l'hydorrhée intermenstruelle.

Jusqu'à Lisfranc, on a cru qu'il s'agissait d'une « hydropisie de la matrice ».

« Mais voulant s'assurer si le liquide ne s'accumulait pas dans l'intérieur de l'utérus, Lisfranc explora à plusieurs reprises cet organe, par le vagin, le rectum, l'hypogastre, avec les précautions les plus minutieuses. A part l'engorgement, le volume de l'utérus a toujours été trouvé le même. Pour mieux éviter toute erreur, il a introduit

l'extrémité mousse d'une sonde de gomme élastique dans la cavité interne, et il n'a jamais rien trouvé. Il conclut alors que le flux était le produit d'une exhalation soudaine de la surface utérine. »

Il existe une autre théorie, celle de l'hydropisie tubaire intermittente. Beaucoup d'auteurs démontrent qu'une certaine quantité de liquide s'accumule dans la trompe. Après quelques jours de rétention, l'orifice utérin est forcé, ce qui détermine la douleur, et le liquide s'évacue dans la cavité utérine. Mais cette théorie n'était confirmée par aucun fait probant.

« Bouilly a examiné des malades dans l'intervalle des crises hydrorrhéiques à l'avant-veille ou à la veille de la crise, ou au cours même de cette crise. Il n'a jamais trouvé quelque chose d'anormal, et pourtant une distension tubaire, correspondant à la quantité de liquide expulsé, aurait toujours été assez appréciable au toucher et au palper combinés. »

Il existe une autre forme assez fréquente, dans laquelle la menstruation est troublée dans sa marche normale. Il s'agit de femmes qui souffrent de douleurs dans le bas ventre et présentent de la leucorrhée. Les règles peuvent être retardées ou avancées, insuffisantes ou exagérées, très souvent douloureuses et accompagnées de coliques expulsives.

Mais quelle que soit la variété qu'affecte la crise, son caractère essentiel est la régularité parfaite avec laquelle elle se produit, tous les mois, vers le

milieu de l'intervalle qui sépare deux époques. Cependant, elle varie dans sa forme et son intensité selon les sujets. Les symptômes généraux sont presque nuls; la fièvre fait complètement défaut.

La durée des accidents est très variable. Ces troubles peuvent exister seulement quelques mois, pour disparaître définitivement sans raison bien connue, tandis que dans d'autres cas ils persistent pendant de nombreuses années.

ETIOLOGIE

L'étiologie de la dysménorrhée intermenstruelle peut se rattacher à deux causes : d'une part une affection utéro-ovarienne, d'autre part un tempérament neuro-arthritique.

Toutes les femmes atteintes de cette affection ont un passé génital dont il reste quelques reliquats. « En effet, dans la plupart des cas, écrit Bouilly, l'interrogatoire fait retrouver, à une époque plus ou moins éloignée, une petite poussée inflammatoire abdominale, une histoire plus ou moins nette de périmétrite ou de paramétrite, ayant succédé à un accouchement ou à un avortement, ou survenue sans cause appréciable. » En général, ces lésions sont très légères. Quant aux grosses lésions, elles font absolument défaut, à l'exception de quelques noyaux fibreux.

Le tempérament neuro-arthritique favorise l'apparition de ces crises intermenstruelles. Le plus souvent ce sont les arthritiques nerveuses qui ont une prédisposition manifeste aux poussées fluxionnaires, aux troubles vasculaires, aux congestions.

La dysménorrhée intermenstruelle survient pendant la vie génitale de la femme; rarement, avant l'établissement de la menstruation (Lisfranc). On ne l'a jamais observée après la ménopause.

Il s'agit presque toujours de femmes encore jeunes, vers les trente ans (Bouilly). On observe ces crises aussi bien chez des femmes qui ont eu des enfants que chez des nullipares. La grossesse ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition de ces accidents.

M. Dalché insiste sur les crises intermenstruelles au cours de la ménopause. « Elles se reproduisent deux ou trois mois de suite, puis disparaissent pour ne revenir que longtemps après ou ne jamais revenir. Cette irrégularité tient elle-même à l'ataxie ovarienne et elle contribue à me prouver que la dysménorrhée intermenstruelle est bien d'origine ovarienne, car à l'âge critique elle subit à son tour et suit les oscillations de la fonction ovarienne, mais la maladie de l'ovaire n'existe plus. »

PATHOGENIE

La pathogénie de la dysménorrhée intermenstruelle a donné lieu à des hypothèses nombreuses et variées.

Certains auteurs sont cependant d'accord sur ce point, qu'un trouble de l'ovulation peut seul expliquer la menstruation intercalaire.

A l'état normal, le travail ovarique se fait sans accident. Mais dans des conditions pathologiques, l'ovulation étant gênée et troublée, provoque de l'irritation. Sous cette influence, il se produit une poussée congestive du côté de l'ovaire, qui se manifeste sous forme de douleur et détermine dans l'utérus une modification de la circulation vasomotrice. La vaso-dilatation provoquée par l'excitation ovarienne, aura donc pour conséquence la production instantanée d'une sécrétion tantôt muqueuse, tantôt hydropathique, tantôt sanguine. Mais le terrain névropathique est nécessaire pour favoriser l'apparition de ces accidents.

Courty, avec Dubois et Pajot, considère que la fluxion peut seule amener ces troubles. « Chez certaines femmes, sans que les règles se rapprochent, sans qu'elles viennent deux fois par mois, on observe à une certaine époque, habituellement vers la fin de l'espace intermenstruel, des signes de molimen ou de fluxion interne et ovarienne, rappelant par leur caractère la durée, les complica-

tions, la réaction générale, le tableau de l'époque menstruelle. Seulement ce tableau est raccourci; il est incomplet; la fluxion peut amener la congestion, mais elle n'aboutit pas à l'hémorragie; il manque la crise, c'est-à-dire le flux sanguin. »

Addinsel met les cas d'hydrorrhée avec la douleur, sur le compte de l'hydrosalpinx intermittent, qui arrivé à la maturité dans la période intercaulaire, vide son contenu dans l'utérus. La douleur, dans ce cas, ne serait pas ovarienne, elle serait plutôt due aux efforts de la trompe pour chasser le liquide à travers l'orifice utérin.

« Campenot croit nécessaire l'endométrite pour produire l'écoulement sanguin intermenstruel. L'excitation partie de l'ovaire amène, par voie réflexe, une congestion de l'utérus, dont la muqueuse malade permet l'écoulement sanguin. »

Barnes admet la dysménorrhée ovarique : « Le travail de l'ovulation comme celui de la grossesse augmente l'irritabilité cérébro-spinale et la tension vasculaire. Enfin, si la tunique ovarienne ou le follicule lui-même présente un obstacle à la rupture de l'ovaire, s'il existe quelque état morbide comme une inflammation subaiguë de l'ovaire, l'ovulation étant gênée et troublée, il peut se produire de l'irritation. »

Pour Priestley, c'est une ovulation lente et difficile dans un organe dont la couche externe est épaissie.

Bouilly, s'appuyant sur « l'uniformité presque constante et la périodicité des accidents » est d'avis

qu'il se fait « une poussée congestive intermenstruelle, se passant du côté de l'ovaire, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation vasomotrice de l'utérus au point d'y provoquer une sécrétion, tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydrorrhéique. De ce côté se produit une fausse menstruation ou une menstruation intercalaire, au lieu de se traduire comme à l'état véritable par un écoulement sanguin, le trouble vaso-moteur ne dépasse pas, en général, la sécrétion glandulaire, visqueuse ou hydrorrhéique. »

DIAGNOSTIC

La crise intermenstruelle se présente avec des symptômes caractéristiques et constants; étant donné la douleur et l'écoulement aucun doute n'est possible.

Les difficultés du diagnostic peuvent se produire quand ces accidents coexistent avec des troubles liés à une affection de l'appareil utéro-ovarien. Mais ces circonstances sont relativement exceptionnelles. Le diagnostic s'imposera d'emblée d'après l'interrogatoire et l'examen gynécologique.

Il faut éviter de confondre la douleur intermenstruelle avec la névralgie ovarienne, qui a une prédilection pour le côté gauche et présente une acuité excessive. De plus, l'ovarialgie est presque toujours

accompagnée des stigmates de l'hystérie. La pression sur la région ovarienne peut quelquefois provoquer une véritable crise d'hystérie, tandis qu'une pression assez forte peut faire avorter ou arrêter l'attaque.

La névralgie lombo-abdominale se distingue par sa localisation précise, qui correspond aux points d'émergence des filets nerveux, sur lesquels la pression réveille une douleur très nette.

Quant aux douleurs de la salpingo-ovarite, elles sont continues et s'exagèrent à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue.

L'aspect d'une femme atteinte d'une forte crise pourrait faire penser à une poussée de pelvi-péritonite. Mais, dans ce cas, l'état général est très grave : température élevée, douleur excessive, vomissements, météorisme... Ces symptômes suffiront pour éviter l'erreur.

Les pertes blanches, glaireuses, légèrement rosées de sang, peuvent coexister avec la douleur sans être liées à une affection de l'appareil utéro-ovarien. Dans ce cas, l'absence de lésions utérines ou ovariennes mettront sur la voie du diagnostic; mais en présence d'une affection de l'appareil utéro-ovarien, il suffit de se rappeler les caractères propres de la crise intermenstruelle, qui surviennent périodiquement avec une régularité parfaite tous les mois

TRAITEMENT

Pendant la crise, il faut avoir recours à la médication sédative, ordonner par la voie buccale ou rectale : antipyrine, chloral, bromure de potassium, laudanum. S'il est nécessaire, faire des piqûres de morphine. Essayer des enveloppements chauds, des cataplasmes laudanisés.

En dehors de la crise, il faut avant tout soigner l'état général et calmer la névropathie par :

L'hydrothérapie tiède, injections, bains de siège tièdes ou chauds, rendus sédatifs par de la jusquiame ou du pavot, douches chaudes.

Les cures minérales à Nérès, Plombières et Luxeuil, agiront comme sédatives et décongestionnantes.

Le séjour au bord de la mer sera interdit parce qu'il réveille les poussées congestives.

On pourra faire à la malade des pansements décongestifs, mettre des tampons de glycérine à l'ichthyol ou au thigénol, faire des massages gynécologiques, de la kinésithérapie.

Le régime alimentaire ne sera pas négligé non plus. Il faudra proscrire tous les aliments excitants, l'usage du vin, des liqueurs, du café, du thé.

La constipation devra être soigneusement combattue avec des préparations laxatives et des lavements.

Quant au traitement interne, on pourra donner, dans l'intervalle des crises, de l'hydrastis, de l'hamamélis. Il faudra surtout avoir recours à l'opothérapie mammaire et thyroïdienne, que l'on ordonnera de la façon suivante : le lendemain du jour où les vraies règles cessent, donner au moment du déjeuner et du dîner un cachet d'extrait d'ovaire et de corps thyroïde. L'administration du corps thyroïde devra être très surveillée et cessée au premier signe d'intolérance.

Ces crises intermenstruelles résistent parfois aux traitements les plus variés. Beaucoup de malades finissent par faire un usage exagéré de morphine ou de bromure de potassium.

En dehors de ces traitements de la crise, on a proposé diverses opérations. Teilhaber a proposé les scarifications anticongestives du col. Mais ce procédé n'a guère donné de meilleurs résultats que la dilatation ou incision. En Amérique, on a même été jusqu'à faire des laparotomies et des castrations complètes. Mais c'est une méthode un peu trop radicale, qu'il ne faut envisager que lorsque tous les traitements essayés auront échoué.

OBSERVATION I

(M. DALCHÉ, *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

Une jeune fille de 21 ans, comptant des antécédents de tuberculose grave chez des collatéraux très proches d'une part et, d'autre part, un grand nervosisme héréditaire dans sa famille, d'apparence assez faible avec un mince développement corporel, fut réglée d'une manière normale vers 14 ans. Au bout de quelque temps, les règles prirent une abondance inaccoutumée, devinrent très douloureuses, au point de nécessiter le séjour au lit, et survinrent toutes les trois semaines environ. Puis les douleurs ne se manifestèrent plus seulement au moment des époques, mais elles apparurent par crises intermenstruelles, siégeant tantôt à droite, tantôt à gauche et arrachant des cris à la malade. Enfin, ces crises intermenstruelles s'accompagnèrent à la longue de métrorrhagies, se montrant 8 jours environ après la fin des véritables règles, à la façon de fausses règles, comme on les appelait dans l'entourage de la malade, d'une abondance médiocre et d'une durée indéterminée. La mère de la jeune fille savait cependant reconnaître les vraies des fausses règles. Mais si les secondes étaient moins abondantes que les premières, les pertes répétées de sang mettaient la pauvre enfant dans un état lamentable.

On avait tout essayé, j'eus l'idée de donner des cachets d'extrait mammaire en les faisant prendre aussitôt à la fin des vraies règles. Le résultat fut surprenant : les fausses règles diminuèrent de plus en plus et finirent par disparaître complètement en même temps que les douleurs des vraies règles diminuèrent beaucoup. Pendant un mois, la

malade cessa la médication, mais elle fut menacée d'une nouvelle perte intermenstruelle et dut la reprendre aussitôt.

OBSERVATION II

(M. DALCHÉ, *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

Une demoiselle de 27 ans, très nerveuse, menant une vie mondaine des plus fatigantes, vient me consulter parce qu'elle est absolument surmenée.

Réglée pour la première fois vers 14 ans, la menstruation a toujours été assez pénible pour que la malade soit obligée de s'arrêter et même de garder le lit pendant un ou deux jours.

Mais depuis quelque temps, 18 mois ou 2 ans, vers le milieu du mois, dans la période intercalaire, elle est prise de douleurs absolument analogues; elle se figure qu'elle va avoir de nouveau ses règles, quinze jours après les précédentes, car elle présente la même sensibilité du bassin, des lombes et des cuisses, et les mêmes coliques et il ne survient qu'un écoulement blanc. Cette personne s'arrête et garde le lit pendant un ou deux jours, mais le sang ne paraît pas et tout se borne là.

Douze à quinze jours plus tard, les vraies règles apparaissent, et les phénomènes se succèdent avec cette périodicité de mois en mois. Comme ils obligent maintenant la malade à garder le repos tous les quinze jours, bien qu'ils ne présentent aucune gravité, ils exaspèrent sa nervosité et elle veut en être débarrassée. A l'examen direct, je constate une antéversion manifeste, mais sans aucune névralgie ni lésion annexielle.

OBSERVATION III

(M. DALCHÉ, *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

Une dame de 40 ans, très grande, nerveuse, m'est adressée pour des troubles oculaires auxquels un oculiste ne peut trouver aucune cause sinon une cause utéro-ovarienne. Je lui trouve, en effet, une névralgie iléo-lombaire avec point ovárialgique gauche. Ses règles sont toujours en avance. Dix à douze jours environ après leur terminaison, la malade est prise de douleurs extrêmement vives, lui rappelant en tous points les douleurs menstruelles, mais aucun écoulement ne se manifeste, ni blanc, ni sanguinolent. Ces douleurs s'apaisent un peu au bout de quelques jours, sans disparaître toutefois complètement, puis, au moment de la menstruation prennent le caractère d'une dysménorrhée atroce.

Le névrosisme, la névralgie iléo-lombaire suffisent à expliquer la dysménorrhée menstruelle. Quant à la douleur intermenstruelle, j'ai soupçonné un prolapsus de l'ovaire gauche, avec peut-être un certain degré de périovarite, d'en être la cause. J'ai perdu cette malade de vue, mais, pendant le peu de temps que je l'ai soignée, je ne l'ai nullement améliorée, et je crois que personne n'y pourra rien faire, car elle est de plus, un peu mentale.

OBSERVATION IV

(M. DALCHÉ, *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

Chez une dame de 31 ans, ayant eu plusieurs enfants, j'ai observé les phénomènes absolument inverses; vers le quinzième jour après la terminaison des règles, durant

48 heures, elle est prise d'un écoulement leucorrhéique et sanguinolent abondant, qui l'oblige à se garnir et à se comporter comme pendant sa véritable menstruation. Elle éprouve pendant ces fausses règles des accidents dyspeptiques, gonflements épigastriques, sensibilité de l'estomac, etc., auxquels elle est accoutumée pendant les vraies règles. Mais à part ce petit ennui, elle ne ressent absolument aucune douleur dans la sphère génitale. « Si ce n'étaient les écoulements, me dit-elle, je ne viendrais pas vous consulter. » L'examen local m'a montré une métrite chronique avec gros utérus. Cette métrite soignée et presque guérie a fait à peu près disparaître complètement l'écoulement.

OBSERVATION V

(in thèse FASSINA)

V..., ménagère, âgée de 27 ans, entre le 29 août 1898 à la Charité, dans le service de M. Campenot, pour des douleurs dans le bas-ventre, surtout localisée à droite.

La malade a eu un premier enfant, il y a quatre ans; jamais de fausses couches. Deux mois après son accouchement, elle fut prise, dit-elle, pour la première fois, d'une violente douleur dans la région ovarienne droite, et cela n'eut qu'une durée de deux jours. La malade fait remarquer que depuis cette époque les mêmes phénomènes douloureux se reproduisent régulièrement 10 jours après la fin de ses règles.

La douleur est toujours localisée dans la fosse iliaque droite, sans irradiations, ne s'exagérant pas pour la pression. Très aiguë le premier jour, elle s'amende le lendemain; elle est souvent accompagnée de nausées et pres-

que toujours elle coïncide avec un écoulement hydorrhéique intermittent et abondant. Cet accès cesse entièrement au bout de deux jours, pour se reproduire à époque fixe avec les mêmes caractères.

Réglée depuis l'âge de 17 ans, toujours régulièrement. D'une durée de 5 jours, les règles sont normales comme quantité. Mais elles sont douloureuses pendant le premier jour avec expulsion de petits caillots.

Utérus en rétroversion avec une légère flexion en arrière. Le corps est très sensible, gros.

Le col augmenté de volume, présentant quelques érosions tout autour de l'orifice externe.

Sur la paroi vaginale droite, on sent une petite masse arrondie fluctuante de la grosseur d'une noisette et implantée au niveau de l'orifice du col.

Au-dessous, le doigt tombe sur une ulcération à bords cicatriciels provenant sans doute d'un kyste rompu.

Dilatation de l'utérus avec des lamineaires, mais la malade impatiente énervée quitte l'hôpital la veille du curetage.

OBSERVATION VI

(in thèse FASSINA, Ed. *journ. méd.*)

C'est le cas d'une jeune fille de 18 ans que j'ai vue pour la première fois à la clinique du Dr S..., vers 1893. Elle se plaignait d'une très vive douleur tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et qui se produisait régulièrement 14 ou 15 jours après ses règles. Cet état durait depuis l'âge de 14 ans; donc deux avant la première menstruation, qui avait eu lieu à 16 ans. Je n'ai pu constater aucune anomalie soit des ovaires, soit des trompes, ou de l'utérus. Après ce premier examen, je la vis plus ou moins régulièrement

pendant 13 ou 14 ans. Durant cette époque, la menstruation se produisait régulièrement et les douleurs intermenstruelles persistaient. Pour combattre ces douleurs, elle était obligée chaque mois, de se servir de quantité assez considérable de morphine. Plus tard, elle se maria et puis quitta le pays. Il est à remarquer que ces douleurs, commencèrent après une attaque très grave de scarlatine, vers l'âge de 14 ans.

OBSERVATION VII

Mme D..., 22 ans, est atteinte de dysménorrhée intermenstruelle, au cours d'une annexite non infectieuse. La malade se plaignait d'une douleur qu'elle éprouvait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et qui se produisait 13 ou 14 jours après les règles, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique. La crise fut prise par un chirurgien pour des accidents d'origine intestinale. A l'examen, M. D... a conclu à des poussées fluxionnaires alternes tantôt à droite, tantôt à gauche. Cette dysménorrhée intermenstruelle a disparu après une cure à Nérès.

OBSERVATION VIII

Mme X..., 32 ans, réglée à 12 ans. Menstruation régulière et normale. Depuis l'âge de 20 ans, elle présente des crises de dysménorrhée intermenstruelle avec écoulement leucorrhéique.

La malade a eu deux accouchements laborieux ayant nécessité une application de forceps.

Ce qu'il y a de particulier chez cette malade, c'est que pendant ces deux grossesses elle éprouvait tout les deux mois environ, des douleurs, des pertes blanches, qui lui rappelaient ses fausses règles. Elle éprouve, pendant ces crises des accidents dyspeptiques, gonflement épigastrique, sensibilité de l'estomac...

OBSERVATION IX

Mlle V..., âgée de 33 ans. Depuis la puberté, elle présente des crises de dysménorrhée menstruelle, qui durent 36 heures, d'une façon effroyable.

De plus, elle a des fausses règles de quinzaine, extrêmement douloureuses, mais sans écoulement, ni leucorrhéique ni hémorragique.

A l'âge de 20 ans, la malade est atteinte de lithiasé biliaire avec coliques hépatiques.

A l'examen, on trouve un arrêt de développement de l'utérus et probablement des ovaires.

Ce qui est intéressant chez cette malade, c'est que les crises de dysménorrhée menstruelles aussi bien qu'intermenstruelles provoquent des coliques hépatiques.

OBSERVATION X

Mme X..., âgée de 42 ans, consulte pour des règles trop fréquentes et trop abondantes. Elles sont suivies d'une leucorrhée, qui se termine vers le 13^e ou le 14^e jour par une perte de sang qui dure 27 heures. La malade éprouve des douleurs, des fausses règles de quinzaine.

Au moment de ces douleurs, elle présente des troubles de la vue.

A l'examen, on trouve un petit fibrôme en légère fluxion.

CONCLUSIONS

Chez certaines femmes, réglées à date fixe, il se produit périodiquement, vers le milieu de chaque espace intermenstruel, des crises caractérisées :

Par une douleur, plus ou moins vive, siégeant, soit dans la région ovarienne soit dans l'hypogastre;

Par un écoulement leucorrhéique, parfois strié de sang qui, s'il existait auparavant, s'exagère; ou par un écoulement hydrorrhéique, souvent même hémorragique.

Cette crise dure environ deux ou trois jours, elle se prolonge rarement jusqu'à la période menstruelle suivante.

Le caractère essentiel de la crise est la régularité parfaite avec laquelle elle se produit tous les mois, 12 à 15 jours après les dernières règles.

Quant à la douleur, elle ne présente ni les caractères de la salpingo-ovarite, ni l'acuité de la pelvi-péritonite ou de l'ovarialgie, et n'offre aucune des localisations anatomiques de la névralgie lombo-abdominale.

L'étiologie de la crise intermenstruelle paraît être, d'une part, l'existence d'une affection utéro-ovarienne et, d'autre part, un tempérament neuro-arthritique.

Qu'il s'agisse d'une ovulation récurrente douloureuse ou d'une menstruation surnuméraire, on peut admettre qu'il se fait du côté de l'ovaire une poussée congestive déterminant par voie réflexe, dans l'utérus, un trouble vaso-moteur. Ainsi pourraient s'expliquer et la douleur ovarienne et l'écoulement muqueux, liquide ou hémorragique.

Le traitement consiste à combattre la douleur par les narcotiques et les nervins, et les phénomènes congestifs par les antiphlogistiques. Toute intervention qui augmente l'irritabilité de l'utérus doit être rejetée.

Vu, le Président de thèse,

P^r GILBERT

Vu, le Doyen

M. ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

M. APPEL

BIBLIOGRAPHIE

- ADDINSEL: *Brit. Méd. Journal* (12 mars 1898).
- BARNES: Traité clinique des maladies des femmes (traduit par Cordes, 1876).
- BOUILLY: Des poussées congestives intermenstruelles. (*Revue de gynéc. et de chirurg. abdom.*, 1897.)
- BRIÈRE DE BOISMONT: De la menstruation considérée dans ses rapports physiol. et patholog. (1842).
- BRODIER: Communication au Congrès d'Amsterdam. (*Revue de gynéc.*, août-sept., 1899.)
- COURTY: Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes (1866).
- DALCHÉ: Dysménorrhée intermenstruelle. (*Journal de Méd. et de Chirurg. Prat.*, 12 janvier 1912.)
- DUBOIS et PAJOT: Traité comp. de l'art. des accouchements.
- FASSINA: Des douleurs intermenstruelles. (Thèse de Paris, 1899.)
- JOURDAIN: Congestion fruste intermenstruelle. (Thèse de Lyon, 1903.)
- NÉGRIER: Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hyst. de la femme.
- PAULY: Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de Lisfranc (1836).
- ROBIN: Du traitement hydro-minéral dans les maladies des femmes. (*Bulletin gynéc. de thérapeutique*, mai-sept. 1899.)
- RUDAUX: Les règles de quinzaine. (*Gazette des hôpitaux*, 21 février 1900.)
- SIREDEY: Maladies des organes génitaux de la femme. (Traité de Méd. et de Thérapeut., 1898.)
- SOREL: *Gazette Méd. de Picardie* (1886).
- STAPFER: Traité de kinésithérapie gynécologique. (Paris, 1897.)